

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 16

Considérations sur les diverticules du jéjuno-iléon A propos de deux observations cliniques

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 24 Février 1945

par

Georges OLIVE

né le 6 août 1919, à Torreilles (Pyrénées-Orientales)

pour obtenir le grade de docteur en médecine

Examineurs
de la Thèse

MM. L. RIMBAUD, professeur, *président*.

PAGES, professeur.

LAMARQUE, professeur

P. RIMBAUD, agrégé.

assesseurs.

Imprimerie
Clément BRUNEL
18, rue Dom-Vaissette,
MONTPELLIER

1946

**Considérations sur les diverticules
du jéjuno-iléon**

A propos de deux observations cliniques

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

FACULTE DE MEDECINE

N° 16

Considérations sur les diverticules du jéjuno-iléon

A propos de deux observations cliniques

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

le 24 Février 1945

par

Georges OLIVE

né le 6 août 1919, à Torreilles (Pyrénées-Orientales)

pour obtenir le grade de docteur en médecine

Examineurs de la Thèse	{	MM. L. RIMBAUD, professeur, <i>président</i> .	{	<i>assesseurs</i> ,
		PAGES, professeur.		
		LAMARQUE, professeur		
		P. RIMBAUD, agrégé.		

Imprimerie
Clément BRUNEL
18, rue Dom-Vaissette,
MONTPELLIER

1946

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Chaires:

Anatomie.	MM. J. DELMAS.
Histologie.	TURCHINI.
Physiologie.	HEDON.
Chimie biologique médicale et toxicologie	CRISTOL.
Physique médicale	PECH.
Anatomie pathologique et médecine expérimentale.	BAUMEL.
Microbiologie.	
Pathologie et thérapeutique générales	PAGES.
Thérapeutique et matière médicale.	JANBON.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	PUECH.
Hygiène.	CARRIEU.
Médecine légale et médecine sociale	VIDAL.
Pathologie médicale et clinique propédeutique ...	BOULET.
Clinique médicale	L. RIMBAUD.
.....	GIRAUD, <i>doyen</i> .
Clinique chirurgicale	MASSABUAU.
.....	LAPEYRE.
Clinique obstétricale	N.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, <i>doyen honor.</i>
Clinique des malad. des enfants et hyg. du 1 ^{er} âge.	BOUDET.
Clinique de dermato-syphiligraphie	MARGAROT.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.	ETIENNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, <i>assesseur</i> .
Clinique gynécologique	AIMES.
Clinique ophtalmologique.	DEJEAN.
Clinique d'oto-rhino-lar. et chir. maxillo-faciale.	TERRACOL.
Histoire naturelle, médicale et parasitologie	HARANT.

Charges de cours:

Anatomie.	LAUX.
Histologie.	GRANEL.
Radiologie.	LAMARQUE.
Chimie	MONNIER.

Professeurs honoraires

MM. BERTIN-SANS, CABANNES
GALAVIELLE, VIRES, VILLARD, GRYNFELTT, RICHE

Chargés d'enseignements complémentaires

MM.	MM.
Microbiologie.CARRERE, <i>agrégé</i> .	Clinique de la tu-berculose.VIDAL, <i>professeur</i> .
.....	Pathologie et pro-pédeutique chirur.MOLINES, <i>agr.</i>
Pathologie médic. .BOUCOMONT, <i>agr.</i>	Pathologie chir. . .TRUC, <i>agrégé</i> .
.....BERT, <i>agrégé</i> .	Chirurgie expérim.
Propédeutique méd.P. RIMBAUD, <i>agr.</i>	Médecine opératoireROUX, <i>agrégé</i> .
Clinique interne ..PUECH, <i>profess.</i>	Accouchements. . .CADERAS
Clinique des mala-dies contagieuses.JANBON, <i>profess.</i>	de KERLEAU, <i>agr.</i>
	Stomatologie. . .HOUPERT, <i>Dr en Méd.</i>

Agrégés en exercice

MM.		MM.
Médecine.P. RIMBAUD.	Bactériologie.	CARRERE.
.....BOUCOMONT.	Chirurgie.	MOURGUE-
.....BERT.		MOLINES.
.....LAFON, <i>ch. d'agr.</i>	Urologie.	ROUX.
PhysiologieLOUBATIERES,	Accouchements ...	TRUC.
.....ch. d'agr.		CADERAS
		de KERLEAU.



Je dédie ce travail :

A MON PERE, A MA MERE

*Nous leur dédions ce travail,
faible témoignage de notre pro-
fonde affection et de notre recon-
naissance infinie.*

A MA FEMME, A MON FILS

*Dont la tendresse vigilante fut
notre meilleur soutien, en témoi-
gnage de mon profond amour.*

A TOUS CEUX QUI ME SONT CHERS,

PARENTS ET AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE
MONSIEUR LE PROFESSEUR L. RIMBAUD
PROFESSEUR DE CLINIQUE MÉDICALE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
MEMBRE CORRESPONDANT DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

*Il nous a fait l'honneur de
nous accepter comme assistant
dans son service.*

*Qu'il nous soit permis de lui
exprimer toute notre respec-
tueuse reconnaissance.*

A NOTRE JURY DE THESE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR PAGES

PROFESSEUR DE PATHOLOGIE ET THÉRAPEUTIQUE GÉNÉRALE

CROIX DE GUERRE

A MONSIEUR LE PROFESSEUR LAMARQUE

CHARGÉ DE COURS DE RADIOLOGIE

DIRECTEUR DU CENTRE ANTICANCÉREUX

*Qui a bien voulu nous initier
à l'étude et à la pratique de la
radiologie.*

*Qu'il nous autorise de lui dire
ici notre gratitude.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ P. RIMBAUD

A MES MAÎTRES

A MONSIEUR LE DOCTEUR GONDARD

ANCIEN INTERNE DES HÔPITAUX DE MONTPELLIER

*Il a bien voulu guider nos pre-
miers pas dans l'étude de la
gastro-entérologie.*

*Il nous a inspiré le sujet de ce
travail et nous a guidés de ses
conseils et de son expérience.*

*Qu'il veuille bien trouver ici
l'assurance de notre plus vive
reconnaissance.*

A LA MEMOIRE
DE MONSIEUR LE DOCTEUR HENRI MICHEL BECHET,
MÉDECIN-CHEF DES HÔPITAUX D'AVIGNON
MORT VICTIME DU DEVOIR

*Qui nous prodigua avec tant
de bienveillance sa grande science
de clinicien.*

Considérations sur les diverticules du jéjuno-iléon

A propos de deux observations cliniques

INTRODUCTION

Les diverticules de l'appareil digestif sont des anomalies anatomiques connues depuis fort longtemps et dont on trouve des descriptions très complètes chez de vieux auteurs. Mais les malformations morphologiques ne se rencontrent pas toujours au même niveau du tractus digestif suivant la même topographie. Il va de soi que le tableau clinique qu'elles empruntent est totalement différent. Pour une raison qui nous échappe, certains diverticules ont été fréquemment observés alors que d'autres sont restés très rares. Parmi ces derniers, les diverticules du jéjuno-iléon occupent une place de premier choix.

Ayant eu la bonne fortune de nous voir confier deux observations de diverticule du jéjunum par le docteur GONDARD, qui nous a inspiré et dirigé ce modeste travail, nous avons entrepris quelques recherches sur la question. Nous nous excusons, en effet, de n'avoir pu pousser notre étude aussi loin que nous en avions l'intention première, mais les circonstances de guerre nous contraignent à interrompre les investigations.

Les diverticules du jéjunum sont des malformations intéressantes à un triple point de vue: étiologique, diagnostique et thérapeutique. Nous nous contenterons de rappeler dans cette étude quelques données d'anatomie pathologique et de pathogénie, notions qui paraissent être bien fixées actuellement.

L'étiologie nous montre avant toute la rareté de ce processus pathologique. Rares sont les cas rencontrés dans la littérature médicale. Alors que, jusqu'à ces dernières années, les diverticules duodénaux se partageaient cette réputation de rareté, une série de publications et de travaux récents ont fait mieux connaître la diverticulose duodénale, mais très peu ont été consacrés à la diverticulose jéjunale. Rareté absolue, si l'on peut dire, ou rareté relative due à un manque de diagnostic?

Le diagnostic du diverticule du jéjuno-iléon est chose malaisée entre toutes, et comment en serait-il autrement si l'on veut bien se rappeler le polymorphisme extrême des manifestations cliniques.

C'est tantôt sous un tableau d'emprunt, à forme gastrique, tantôt comme une maladie intestinale, que cette curieuse anomalie se présente à nous. Rarement, pour ne pas dire jamais, on se trouve en présence de signes qui puissent donner des suspicions sérieuses des diverticules du jéjuno-iléon. Et ce sont encore là les éventualités cliniques les plus favorables, car il ne faut pas oublier que, souvent la malformation anatomique est complètement muette et n'est découverte que tout à fait fortuitement par l'apparition d'une complication, une obstruction intestinale par exemple.

Fort heureusement, l'exploration radiologique fournit un moyen d'investigation précieux entre tous qui

permet d'orienter dans le bon sens, un diagnostic hésitant et le plus souvent amène la découverte de la diverticulose du jéjuno-iléon. Rien d'étonnant à cela, car les diverticules étant avant tout caractérisés par la modification morphologique qu'ils apportent à l'anatomie de la région. Il est normal que la radiographie, qui est l'étude de l'anatomie sur le vivant, soit le moyen d'investigation par excellence. L'examen radiographique et radioscopique, après ingestion de baryte, doit être pratiqué en position debout, en position horizontale, en position de Trendelenbourg quelquefois, pour donner le maximum de renseignements quant à la forme de la poche diverticulaire, les rapports avec les parois intestinales, la vitesse de remplissage et d'évacuation de la poche, etc... Nous nous étendrons tout particulièrement sur cet important chapitre et en montrerons tous les avantages.

C'est là l'élément essentiel du diagnostic dont on ne peut se passer sous aucun prétexte, car lui seul peut affirmer de façon formelle la présence de la malformation anatomique.

Le traitement curatif est chirurgical et consiste le plus souvent à resséquer la portion du jéjuno-iléon présentant les diverticules. Il amène généralement la guérison, sauf, bien entendu, dans les cas où il s'agit de complications ayant atteint un stade trop avancé.

CHAPITRE PREMIER

HISTORIQUE

La diverticulose du jéjuno-iléon est une acquisition récente de la pathologie digestive et on peut dire que c'est grâce à la radiologie que des progrès ont pu être faits dans l'étude clinique de cette affection.

Leur existence était connue depuis longtemps puisque c'est MORGANI, en 1796, qui les décrit le premier. CRUVEILHER, en 1849, dans son *Traité d'Anatomie pathologique*, donna une description détaillée des hernies de l'intestin, analyse morphologique fort complète, restée sans retouche depuis.

Par la suite, de nombreuses publications montrent l'intérêt qu'attachent les auteurs à la découverte de cette malformation anatomique. Citons parmi celles-ci KLEBS (1869), OSLER (1881), HANSEMANN (1896), PICQUANT et GRENET (1910), etc...; les publications comportent des descriptions morphologiques très minutieuses des diverticules; mais, par contre, donnent une analyse très succincte des troubles pathologiques antérieurs présentés par les malades.

En même temps, pour expliquer l'existence de ces curieuses anomalies, de nombreuses théories pathogéniques sont émises. Des auteurs tels que GRASER, ROTH, HANSEMANN (1889), donnent à leur hypothèse, une base

purement expérimentale. Tandis que des considérations anatomo-pathologiques constituent l'argumentation des travaux de HELSCH (1880), GOOD (1895). Recherches approfondies basées sur de nombreux éléments expérimentaux ou histologiques qui montrent bien quelle curiosité éveille chez ces auteurs l'étude de cette rareté anatomique. Plus près de nous, ces études ont été reprises par LETULLE. Marie LATARJET et MURARD (1914), qui font prévaloir l'hypothèse congénitale en s'appuyant sur des considérations embryologiques.

L'étude des diverticules du jéjuno-iléon entre dans une phase nouvelle après que CASE eut montré qu'on pouvait les découvrir radiologiquement. Découverts auparavant au cours d'interventions ou d'autopsies, leur intérêt apparaissait surtout d'ordre anatomo-pathologique. Actuellement, les auteurs s'efforcent de préciser les modalités cliniques et radiologiques. Voici une analyse succincte des travaux que nous avons pu recueillir dans la littérature au cours de ces vingt dernières années.

En 1920, CASE rapporte cinq cas de diverticules du jéjuno-iléon dont deux furent vérifiés opératoirement.

LEFEBVRE, dans sa thèse (1920) publie une trentaine d'observations rencontrées dans la littérature. Nous avons lu avec fruit plusieurs d'entre elles, elles nous ont permis d'élaborer la partie clinique de ce travail.

En 1926, CASE publie une importante mise au point de la question à propos de huit cas personnels et de soixante-dix autres cas trouvés dans la littérature. Il précise les caractéristiques cliniques, radiologiques de ces malformations du point de vue clinique, il souligne le polymorphisme des symptômes. Par contre, les signes

radiologiques seraient absolument caractéristiques des diverticules.

VASSELLE (1927), LAMBRET et SURMONT (1928), décrivent la symptomatologie observée sur leur malade. Celui de LAMBRET et SURMONT présentait des accidents à type occlusif, crises de sub-occlusion à rechute accompagnées de signes abdominaux frustes. Le diagnostic fut fait opératoirement.

ERKES (1929), rapporte deux cas de complications de diverticules: ileus vérifié opératoirement et phlegmon de la partie inférieure du jéjunum et de l'iléon inférieur entraînant une péritonite fatale.

Le diagnostic radiologique est étudié par VORBRANS (1930), il précise les images radiologiques décrites par CASE: ovoïdes de dimensions variables à grand axe vertical contenant un niveau liquide et une grosse bulle d'air. Pour cet auteur également ces aspects sont pathognomoniques des diverticules du jéjunum-iléon.

LAVISATTI (1930), souligne, à propos d'un cas, la discrétion des phénomènes abdominaux que présentait son malade chez qui il découvrit, radiologiquement, deux diverticules du jéjunum.

KOLHER (1930), insiste à nouveau sur les aspects radiologiques et souligne que l'ulcère du duodénum est une complication fréquente des diverticules.

TENGWALL (1932), décrit une forme compliquée des diverticules: hémorragies intestinales et anémie. Il pense qu'il s'agirait là d'une complication très fréquente.

DALLA-PALMA (1934) et EDWARDS (1934), soulignent la gravité des complications que peuvent entraîner les diverticules, à propos d'observations personnelles. Dans les deux cas, une intervention chirurgicale s'imposa.

Le malade de DALLA-PALMA présentait un volvulus du grêle; celui de EDWARDS une péritonite par gangrène d'un diverticule.

ROTSCHILD (1935), signale, lui aussi, un cas de complication de diverticule: deux occlusions aiguës nécessitant deux interventions chirurgicales chez un même malade, ce n'est qu'à la seconde qu'on pratiqua l'exérèse des diverticules, ce qui amena la guérison définitive.

GODARD (1936), a observé un cas fort intéressant de maladie diverticulaire évoluant dans le temps (dix ans).

GERSTER (1938), publie un important travail sur les diverticules du jéjunum. Il insiste sur les manifestations cliniques qu'il divise en quatre groupes. Le premier groupe comprenant la majorité des diverticules est caractérisé par l'absence de troubles; le deuxième groupe englobe toutes les manifestations de dyspepsie flatulante; dans le troisième groupe, il étudie les complications, notamment l'obstruction intestinale chronique, et enfin, dans un dernier groupe, il signale la fréquence des accidents aigus consécutifs à la perforation d'un diverticule auparavant silencieux.

Signalons en terminant que d'autres auteurs, tels que RÉGNIER (1928), GISBERTZ (1931) et LERICHE (1932), ont surtout envisagé dans leur publication, dans quelle mesure les indications fournies par l'examen radiologique se vérifient opératoirement.

GISBERTZ et RÉGNIER pensent que le diagnostic radiologique est possible. Il peut cependant ne pas déceler certains petits diverticules.

CHAPITRE II

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

M. B... Emile. 67 ans.

Le malade vient consulter le docteur GONDARD le 29 novembre 1941.

Depuis 1939, il présente des douleurs gastriques évoluant par périodes. Il souffre trois mois tous les jours en 1939, trois mois en 1940, mais la douleur n'est pas quotidienne au cours de cette dernière période. Avant de se faire examiner, il souffrait depuis six mois tous les jours. Il s'agit d'une douleur épigastrique haute à type de brûlure vive apparaissant trois heures après les trois repas et durant approximativement une heure.

D'autre part, le malade précise qu'il a bon appétit; depuis trois ans, en période douloureuse ou non, il rejette un verre de liquide aqueux sans effort à heure irrégulière. Au cours des deux dernières semaines qui ont précédé l'examen, il a vomi des aliments à deux reprises.

Il n'a jamais eu d'hématémèse, il a des selles dures mais quotidiennes; il a subi, il y a trente ans, une intervention pour hémorroïdes.

A maigri de 25 kilogs depuis le début de son affection en l'espace de deux ans. En février 1939, on a pratiqué un examen radiographique d'après lequel on concluait à des troubles intestinaux.

Antécédents. — Père mort à 78 ans de congestion cérébrale. Mère morte à 84 ans. Femme en bonne santé. Un fils en bonne santé.

Examen. — Sujet gros, congestif.

Appareil digestif. — Langue saburrale, denture moyenne, ventre souple. On constate cependant une légère défense de la partie supérieure du grand droit droit. Le palper ne révèle rien de particulier. Sensibilité épigastrique, surtout marquée dans la partie supérieure de l'épigastre. La rate n'est pas perceptible et le foie normal.

Il existe une sensibilité croissante au cours de la recherche du Murphy de la région vésiculaire à l'épigastre. Ceci s'observe également au cours de la recherche du point de Chiray.

L'examen des autres appareils nous montre :

Pour l'appareil circulatoire, un cœur normal avec des bruits sourds, le pouls est de 52 et la tension de 16-6,5.

Pour l'appareil urinaire, on ne découvre ni sucre ni albumine dans les urines, il n'y a pas de dysurie.

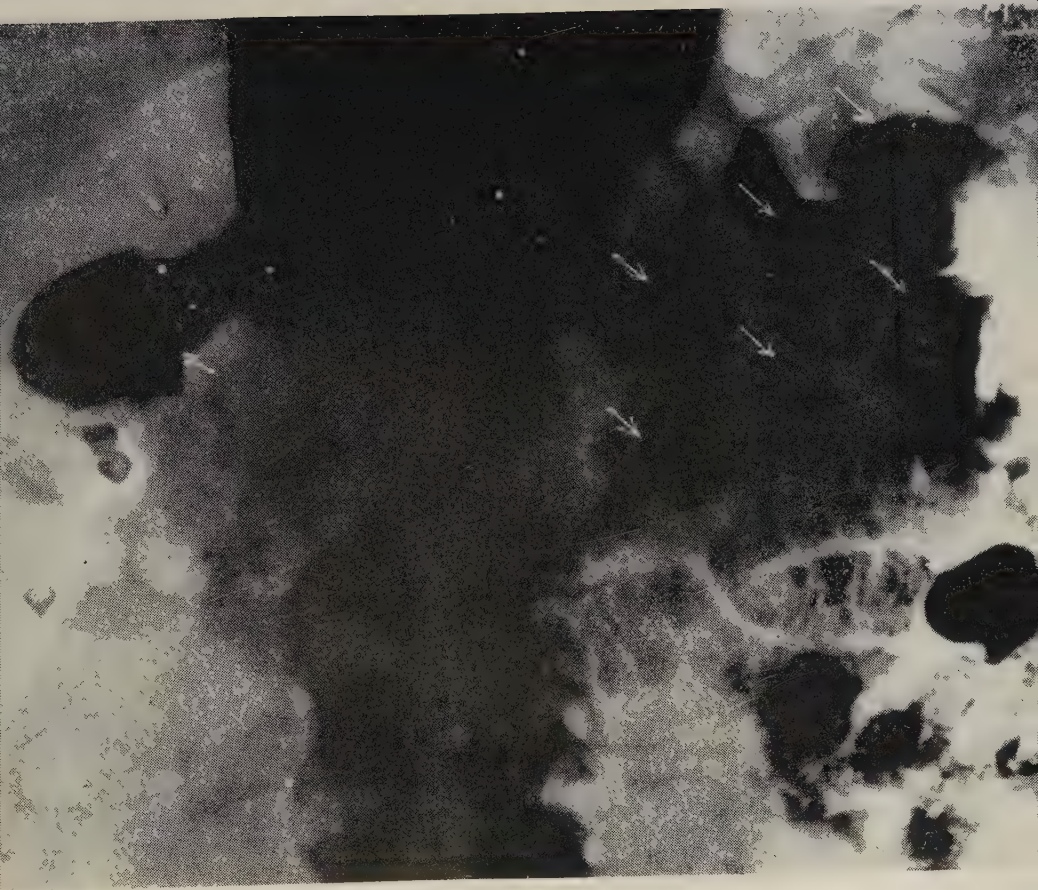
Pour le système nerveux, la sensibilité et la motricité sont normales, ainsi que les réflexes oculaires et tendineux.

RÉSULTAT DES EXAMENS RADIOLOGIQUES

(Docteur GONDARD)

Le malade est examiné une première fois le 26 novembre 1944.

Voici le résultat de cet examen.



OBSERVATION I

M. B... Emile.

« L'estomac est haut placé et du type hypertonique, les courbures et les faces sont normales et on n'y décèle aucune image pathologique.

» Il existe une spasmodicité et une hyperkinésie marquée, ce qui amène un vidage gastrique très rapide.

» Le bulbe duodénal est gros et semble devenir plus volumineux à certains moments du transit. On n'y observe pas d'images typiques d'ulcère; mais ces images paraissent suspectes de lésion organique. »

Un nouvel examen paraît nécessaire; le dernier examen faisait suspecter l'existence, au niveau du bulbe, de lésions qu'on n'avait pu mettre en évidence.

Voici le résultat de ce nouvel examen pratiqué le 4 décembre 1941.

Le malade ingère la prise de baryte sous le contrôle de l'écran radioscopique; et l'on prend aussitôt après deux clichés en décubitus ventral: table inclinée à 70° par rapport à la verticale.

Le cliché 1 montre une partie de l'estomac, le cadre duodénal et la première anse jéjunale. On distingue, semblant être en rapport avec D2, deux petites taches de la grosseur d'un pois; de plus, on observe deux gros diverticules du grêle appendus soit à la fin de la première, soit à la fin de la deuxième anse jéjunale. Le bulbe paraît normal.

Le cliché 2 (cliché dont nous reproduisons le positif), montre, en plus, un troisième diverticule des premières anses jéjunales. Les petites taches opaques qui paraissent accolées contre D2 persistent. De plus, ce cliché montre une image de niche sur le bord inférieur du bulbe.

Afin de mieux mettre en évidence cette image bulbaire, on prend des films en séries de la région pyloro-bulbaire; après avoir fait absorber au malade un deuxième verre de baryte, le malade étant dans la même position que précédemment.

On trouve sur les films séries, une image de niche du bulbe. Elle est située sur le bord du versant de la grande courbure; les images diverticulaires jéjunales et les deux petites taches précédemment signalées et qui paraissent liées à D2.

Le malade est revu à 17 heures, neuf heures après l'ingestion du repas opaque.

L'estomac est vide, ainsi que le cadre duodénal.

On trouve de la baryte dans le grêle pré-cœcal.

On distingue, dans la région abdominale gauche, cinq taches qui correspondent à des diverticules du grêle.

Tout le cadre colique est distendu.

Afin de préciser les rapports des deux petites taches claires observées au cours des précédents examens et qui paraissaient être en rapport avec le cadre duodénal, le malade est revu une troisième fois le 4 décembre 1944.

Le sujet est examiné après lavement baryté. On prend un cliché en décubitus ventral. Ce cliché montre un cœco-ascendant vide et l'image d'une dizaine de diverticules coliques. Les images qui semblaient être en rapport avec D2 correspondent à des diverticules coliques.

CONCLUSIONS

Estomac hyperkinétique.

Gros bulbe duodénal à transit normal, présentant, par moments, une atonie plus marquée et devenant plus volumineux.

Images bulbaires pouvant être interprétées comme un ulcus de la base du bulbe sur le versant de la grande courbure.

Diverticules du début du jéjunum avec jéjunite possible.

Diverticulose colique droite.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Syndrome douloureux épigastrique d'allure ulcéreuse chez un malade présentant un ulcus bulbaire probable, six diverticules des deux premières anses jéjunales et de la diverticulose colique,

OBSERVATION II

Mme Lydie R..., âgée de 58 ans. 6 juin 1942.

Cette malade vient consulter le docteur GONDARD. Elle se plaint depuis un an et demi de l'estomac. Elle présente des brûlures épigastriques, des ballonnements, troubles survenant quatre heures après le repas de 12 heures, deux heures et demi après le repas du soir, et durent, dans les deux cas, environ une heure.

Ces douleurs surviennent par périodes de huit à douze jours pendant lesquelles elles sont d'ailleurs plus ou moins intenses. Entre ces périodes douloureuses, il existe des périodes de rémission de trois à quatre mois.

L'appétit est conservé. Il y a huit jours, elle a présenté un vomissement alimentaire et depuis elle souffre chaque jour. Elle est sujette aux renvois et n'a jamais présenté d'hématémèse. Elle a des selles normales, régulières. Enfin, elle a maigri un peu ces temps derniers.

Antécédents familiaux. — Cette malade est mariée, son mari est en bonne santé, elle a deux enfants égale-

ment en bonne santé. Un frère et une sœur en bonne santé.

EXAMENS

Le sujet est en bon état général; à l'appareil digestif, on note une denture en très mauvais état et une langue saburrale. Le ventre est souple et présente un très léger tympanisme dans la fosse iliaque gauche. Il existe un léger point douloureux épigastrique.

La rate n'est pas perceptible.

Le foie est du volume normal.

Enfin, il n'existe pas de point de Murphy ni de Chiray.

Appareil circulatoire: Les bruits du cœur sont nets et bien rythmés. La tension est à 13-5,7. Le pouls est à 80.

Appareil respiratoire: Les poumons respirant et sonnent bien.

Système nerveux: Motricité et sensibilité normales, réflexes pupillaire et tendineux normaux.

Appareil urinaire: Ni albumine, ni glycosurie. Il n'existe pas non plus de signe de dysurie.

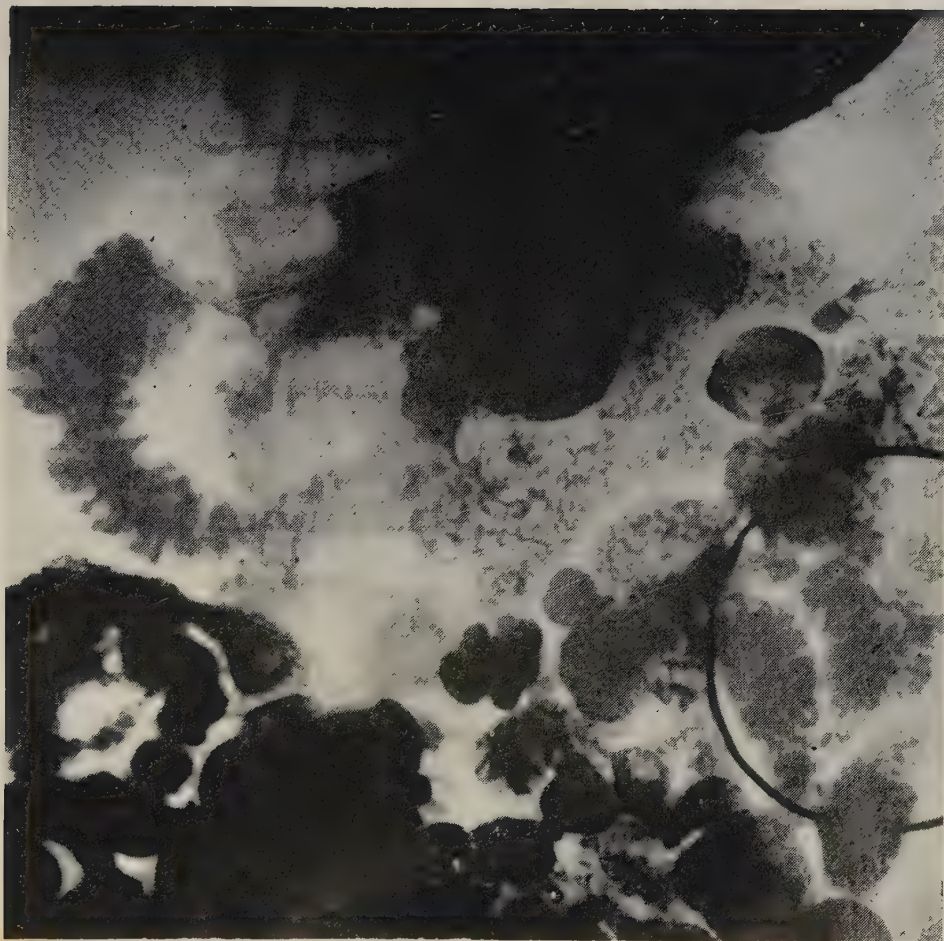
RÉSULTAT DE L'EXAMEN RADIOLOGIQUE

(Docteur GONDARD)

D'après la malade, on avait pratiqué un examen radiologique du tube digestif en avril 1941. On avait conclu à une affection intestinale. Appendicite?

Voici le compte rendu de l'examen radiologique pratiqué le 9 juin 1942. (Docteur GONDARD).

La malade est placée en situation verticale derrière l'écran radioscopique.



OBSERVATION II

Mme R... Lydie.

L'absorption du sel opaque montre un œsophage ayant un transit normal.

Après remplissage, on voit se dessiner un estomac en J dont le bas-fond se place à trois travers de doigts au-dessus des crêtes.

Les parois gastriques sont souples au palper et les plis de la muqueuse étudiés sous compression sont normaux.

Les courbures et les faces de l'estomac ne présentent pas d'images pathologiques.

Après réplétion totale, le bas-fond se place à quatre travers de doigt au-dessous des crêtes.

Les contractions parcourent correctement les deux parois jusqu'au pylore et remplissent le bulbe de grosse taille qui se vide dans un cadre duodénal dont le transit est normal.

Au niveau de l'angle duodéno-jéjunal en partie masqué par l'estomac, apparaît une image diverticulaire à niveau horizontal surmonté par une bulle d'air.

De profil, cette image se sépare nettement de l'estomac et semble reliée à l'angle duodéno-jéjunal.

On prend un cliché en décubitus dorsal, la table étant semi-horizontale. Sur ce cliché on voit que le gros diverticule est plutôt en rapport avec le début du jéjunum. Il existe de plus de très nombreuses images de plus petite taille; images arrondies et à contour net, apparaissant au niveau des anses jéjunales; elles semblent être en rapport étroit avec les premières anses du jéjunum.

Ces images sont interprétées comme images diverticulaires. (Voir le positif de ce cliché que nous reproduisons.)

CONCLUSIONS

Estomac normosténique sans images pathologiques.
Spasmodicité pylorique assez marquée.
Vidage gastrique se faisant dans les délais normaux.
Gros bulbe ne présentant pas d'aspects pathologiques.
Cadre duodéal radiologiquement normal.
Nombreux diverticules du jéjunum dont un très volumineux au-dessous de l'angle duodéno-jéjunal.

DIAGNOSTIC CLINIQUE

Syndrome de type pseudo-ulcéreux avec estomac orthotonique et sans lésions organiques mais avec pylore spasmodique.

Gros bulbe et diverticules nombreux du jéjunum.

CHAPITRE III

ETIOLOGIE

De multiples publications et des travaux récents ont tracé des diverticules du duodénum des tableaux cliniques fort complets; les divers aspects radiologiques qu'ils présentent ont été abondamment décrits. Contrairement à ces derniers qui « représentent une anomalie d'une extrême fréquence et d'une grande banalité » (GUTMANN), les diverticules du jéjunum ont suscité des travaux restreints, surtout à l'occasion de leur découverte opératoire ou faite au cours d'un examen radiologique.

Aussi, il est difficile de se faire une idée exacte de leur fréquence. D'autre part, la plus grande majorité des cas, les trois quarts d'après CASE, ne donne lieu à aucune manifestation clinique. Leur découverte fortuite n'est alors le plus souvent qu'une trouvaille d'autopsie ou une surprise opératoire. Ainsi peut-on dire les chiffres fournis par les statistiques seront au-dessous de la réalité. CASE, en 1926, publie quatre-vingt cas de diverticules du jéjunum dont dix personnels. LEFEBVRE, dans sa thèse (Lille, 1925), rapporte une quarantaine de cas; la plupart sans histoire clinique, découverts au cours d'autopsies ou de dissections. La statistique de la Cli-

nique Mayo (RANKIN et MARTIN, cité par GODARD), s'élève à cinquante-deux cas jusqu'en 1934.

En plus de ces derniers et depuis 1926, nous avons pu réunir dix-huit cas de diverticules de jéjunum dont deux personnels. Ce nombre est vraisemblablement inférieur à celui des cas réellement publiés au cours de cette dernière période. En effet, malheureusement, les apports bibliographiques qui nous auraient été nécessaires pour ces dernières années nous ont fait souvent défaut.

Leur fréquence relative par rapport aux diverticules observés sur les autres parties du tube digestif est faible. Sur 2.847 examens radiologiques, CASE a trouvé 85 cas de diverticule du duodénum pour 5 cas de diverticule de l'intestin grêle.

Voici, d'après une statistique de GORDMIER et SAMSSON (cité in thèse LEFEBVRE), quelle est la fréquence relative des diverticules du jéjunum rencontrés uniquement au cours d'autopsies comparativement aux diverticules de Meckel et à ceux du côlon.

Source	Nombre d'autopsies	Diverticule du grêle	Diverticule du côlon	Diverticule de Meckel
PEARCE				
(Bender Hyg. Laborat.)	953	0	2	5
MALLORY				
(Boston City Hospital)	2.382	1	1	11
MOORE				
(St-Bartholome w. s. Hosp.) .	4.000	1	0	26
BUNTING				
(Hôpital de Dresde)	8.133	1	6	8
GEORGI				
(John Hopkins's Hosp)	2.600	14	19	15

RANKIN et MARTIN (cité par GODARD), sur 52 diverticules du grêle en localisent 39 sur le jéjunum et 11 sur l'iléon.

D'après l'ensemble des statistiques et pour ce qui est uniquement des parties sous-diaphragmatiques des segments de l'intestin, on trouverait les diverticules par ordre de fréquence décroissante sur le côlon en particulier le sigmoïde, le duodénum, le jéjuno-iléon (BUSCHI), l'estomac. La localisation sur le jéjunum serait plus fréquente que sur l'iléon.

Le sexe ne semble pas intervenir dans l'apparition de la diverticulose jéjuno-iléale. L'âge moyen des malades est approximativement de 50 ans. Mais peut-on faire de l'âge un facteur prédisposant. Il ne le semble pas. Les auteurs modernes (REGNIER, GISEBERTZ, GODARD), admettent qu'il s'agit de prédisposition purement congénitale sur lesquels agissent des éléments acquis; processus pathogénique qui est à l'origine de la maladie diverticulaire.

Dans cet ordre d'idées, signalons, en renvoyant au chapitre de la pathogénie, que certains auteurs (CASE, GODARD), ont mentionné la coexistence avec les diverticules jéjunaux de diverticules étendus à tout le T. D., ou bien des anomalies, ptoses, éventrations, prolapsus, hernies; ces faits relèveraient de ce même état de déficience tissulaire.

CHAPITRE IV

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les diverticules peuvent se rencontrer sur tout le trajet du grêle, mais ils paraissent se localiser avec prédilection sur le cadre duodénal et le jéjunum. Mais, contrairement au duodénum où les diverticules sont presque toujours isolés, sur le jéjuno-iléon, ils peuvent atteindre un nombre considérable; 300 dans l'observation rapportée par GISEBERTZ; le chiffre de 20 n'est pas rare. Aussi, par analogie avec la maladie diverticulaire du côlon, on peut dire ici qu'il s'agit, dans la plupart des cas, de diverticulose jéjuno-iléale.

Sur le jéjunum, les diverticules s'implantent en général, sur le bord mésentérique et sont recouverts par les deux feuillets du mésentère. Pour GODARD, les petits diverticules sont toujours intra-mésentériques; les diverticules tendraient à s'extérioriser à mesure qu'ils grossiraient.

Rarement on rencontre des diverticules sur le bord convexe; s'ils existent, il s'agit de diverticules isolés. Il y a toujours une prédilection pour le bord mésentérique, dans les rares cas, par exemple, où l'on a trouvé des diverticules sur toute la circonférence intestinale.

Leurs dimensions sont souvent en raison inverse du nombre, les plus grands ont le volume d'une pomme, les

moyens celui d'une noisette et l'insufflation est souvent nécessaire pour découvrir les plus petits sur les pièces opératoires.

MACROSCOPIQUEMENT :

A l'ouverture de l'abdomen, les diverticules se présentent comme des surélévations arrondies, sessiles ou pédiculées. Ils peuvent avoir une forme en doigt de gant ou bien être bilobés ou trilobés avec des poches annexes.

La paroi au niveau du fond du diverticule est mince. Sur sa surface externe, on voit souvent se dessiner de petits vaisseaux. Au point d'implantation, la paroi est normale et ressemble entièrement à la paroi jéjunale.

Quelquefois, les diverticules sont unis soit entre eux, soit au mésentère, soit à une autre portion de l'intestin par des adhérences, résultat de processus inflammatoire. Ces brides entraînent, naturellement, des déformations, des coudures, qui gênent le transit intestinal et, de ce fait, sont responsables d'accidents oclusifs, bénins, à type de sub-occlusion, et réversibles, ou graves, à type d'occlusion complète et ne pouvant guérir que par intervention chirurgicale.

L'orifice de communication peut être large ou étroit. Les diverticules à orifice large donnent peu de rétension et n'entraînent pas de complications. Par contre, les diverticules pédiculés à base d'implantation étroite donnent de la rétension (LATARGET et MURARD). Pour le jéjuno-iléon, la coexistence de multiples diverticules ayant des volumes et des orifices de communication de type très variable, est la règle. Aussi, semble-t-il, les troubles observés sont plus fréquents que pour les diverticules du duodénum, car il s'agit souvent, dans ce dernier cas, de diverticules isolés et se vidant bien.

MICROSCOPIQUEMENT :

Suivant le mode de constitution des diverticules, leur paroi est constituée de tuniques en nombre variable.

Premier cas. — Sur un point faible, la muqueuse se laisse déprimer et constitue un cul de sac; mais, dans ce mouvement d'évagination, elle entraîne toutes les autres tuniques qui la revêtent. Ces dernières la suivent dans son expansion jusqu'à constituer le diverticule.

Par la suite, on observerait une disparition de la musculieuse proprement dite (KLEBS, GOOD), les fibres musculaires, à mesure qu'elles s'étirent, tendraient à se raréfier (HELVESTINE), et de la musculieuse située au fond du diverticule ne subsisterait que quelques fibres musculaires.

Deuxième cas. — La muqueuse s'évagine toute seule sans entraîner la musculieuse qu'elle perfore. Il s'agit d'une hernie muqueuse (hernie tuniquaire de CRUVEILHER, hernie muqueuse de ROKIANSKI), la muqueuse herniée recouverte par la séreuse entre en contact avec le péritoine.

On s'est basé sur le nombre de tuniques pour différencier les diverticules en diverticules acquis et diverticules congénitaux (HANSEMAN, ORTH). Les diverticules acquis n'auraient que deux tuniques (muqueuse séreuse), les diverticules congénitaux ayant les trois tuniques (muqueuse séreuse et musculieuse).

En fait, les diverticules même primitivement constitués de trois tuniques ne possèdent que rarement une musculieuse intacte comme les auteurs cités plus haut l'ont montré. Il s'agit donc d'un critère anatomique difficilement appréciable, et qui paraît, en tous cas, insuffisant pour caractériser l'origine congénitale ou acquise des diverticules (KLEBS).

COMMENT SE PRÉSENTENT CES TUNIQUES?

a) La muqueuse est normale au niveau de l'orifice, mais il existe une atrophie marquée au niveau du fond du diverticule. On constate une raréfaction des glandes et une disparition généralisée de leurs valvules conniventes.

Il existe souvent une infiltration lymphocytaire qui prédomine dans la sous-muqueuse. Processus inflammatoire causée par la rétention et la fermentation dans le sac diverticulaire (HANSEMANN).

b) La musculouse présente les plus grosses lésions.

Les fibres musculaires sont normales au niveau de l'orifice de communication, elles peuvent constituer à ce niveau un épaississement annulaire qui créerait un véritable sphincter (LATARJET et MURARD); le plus souvent ces fibres se prolongent sur le reste de la tunique, donnant quelques faisceaux. au fond du sac, et ici, la musculouse revêt l'aspect que CARNOT et PÉRON ont appelé « grillage »;

c) La séreuse peut être normale; enflammée, elle s'accrole et se confond avec le tissu cellulaire sous-péritonéal.

La complication la plus fréquente de la diverticulose jéjuno-iléale est l'obstruction du grêle.

D'après GORDINIER et SAMPSON, il s'agirait d'un processus de méésentérite rétractile qui déterminerait l'obstruction intestinale. En effet, les diverticules donnant de la rétention présenteraient souvent des lésions de diverticulite chronique; processus inflammatoire évoluant à bas bruit qui atteindrait le méésentère; celui-ci en s'épaississant, et en devenant rigide, gênerait les

mouvements intestinaux créerait des coudures et pourrait entraîner un véritable volvulus du grêle.

CASE pense que l'explication de ces occlusions aiguës ou subaiguës peut être donnée par l'existence de poussées inflammatoires du sac de péritonite diverticulaire. Ces dernières créant des adhérences ou des accolements des anses intestinales entre elles entraîneraient une gêne plus ou moins absolue du transit intestinal.

CHAPITRE V

PATHOGENIE

La genèse des diverticules du jéjunum rentre dans le cadre pathogénique des diverticules de l'intestin. On ne trouve, en effet, parmi les nombreuses théories qui se sont proposées d'expliquer l'existence des diverticules, aucun élément qui permette de conclure à des facteurs pathogéniques spéciaux à ce segment intestinal.

Aussi bien, on peut, après les nombreux travaux qui ont mis au point cette question, distinguer trois théories :

- Théorie congénitale ;
- Théorie acquise ;
- Théorie mixte.

THÉORIE CONGÉNITALE :

Pour la théorie congénitale, les diverticules représenteraient de véritables malformations congénitales de la paroi. Ces poches ne feraient que s'exagérer au cours de l'existence pour atteindre les dimensions parfois considérables que nous connaissons.

LÉTULLE et MARIE pensent que les diverticules du T. D. traduisent la persistance d'évaginations intestinales sans emploi. Ceci se vérifie surtout pour le duodénum, qui est le segment du tube digestif dont les bourgeonnements constitueront de nombreux organes

(voies biliaires et foie, pancréas et voies pancréatiques). En somme, ce serait les bourgeonnements en surnombre qui donneraient, chez l'adulte, les diverticules. On peut admettre ainsi que les diverticules duodénaux essentiels ou vrais ne traduisent que l'existence des reliquats intestinaux.

D'autre part, il existe, chez l'homme et chez certains mammifères, à un stade jeune de son développement, de petites poches diverticulaires souvent en connexion avec des îlots pancréatiques (LATARJET et MURARD). Ces derniers, que DEBEYRE a rencontré chez les rats, sont destinés à régresser; les formations diverticulaires qui ne seraient, en somme, que le canal de ce pancréas aberrant, deviennent les diverticules rencontrés chez l'adulte.

Enfin, le grand nombre de diverticules que l'on peut rencontrer sur tout le tube digestif et même sur d'autres organes (CASE, BOYER), la coexistence d'autres malformations congénitales sur le tube digestif, sont autant d'arguments qu'on invoque à l'appui de cette thèse.

Pourtant, au cours des autopsies de fœtus et de nourrissons, on n'a jamais signalé l'existence de ces formations diverticulaires et ceci est un puissant argument à l'encontre de la théorie embryologique. Ajoutons aussi que si elle rend bien compte de la localisation si fréquente des diverticules (P. DUVAL et GATTELLIER, cité par LEMERLE D'AUBIGNE), au niveau du duodénum, elle est insuffisante pour en expliquer la formation, par ailleurs.

THÉORIE ACQUISE:

Aussi, a-t-on essayé de le faire en faisant intervenir uniquement des facteurs acquis.

Pour le duodénum, on avait fait intervenir la traction cholédocienne (KEITH). Il semble que cela se pourrait vérifier qu'en cas de ptose duodénale et que pour les diverticules périvatériens. Pour le jéjunum, KLEBS fait intervenir la traction exercée par les vaisseaux du mésentère. HELWESTRINE invoque des adhérences inflammatoires. Cependant, au cours des interventions, les diverticules sont, le plus souvent, libres sous la séreuse et sans adhérences avec les organes voisins.

On a fait jouer un rôle à la pulsion du contenu intestinal à la paroi, les constatations de certains auteurs (HANSEMAN, HANAU), remplaçant le contenu intestinal par de l'eau ou de l'air sont à la base de ces données. Mais ces résultats sont souvent contradictoires. Cette hypothèse semble exacte en ce qui concerne la formation des pseudo-diverticules para-ulcéreux du duodénum.

Il est vraisemblable qu'ici la paroi juxta-ulcéreuse, sous l'action de la pulsion du contenu intestinal, pulsion exagérée par le spasme, se laisse facilement évaginer.

Du reste, ces diverticules ne sont pas considérées comme de vrais diverticules par les auteurs et ils n'existent pas quand la poussée ulcéreuse a disparu.

Ici, le spasme semble nécessaire. Quand il existe, la paroi intestinale s'évagine spontanément en amont. A cause de ce fait, on peut dire qu'ils sont fonctionnels. Au niveau du jéjunum-iléon, il peut exister des sténoses organiques; elles ne créent pas de telles déformation des parois; le principal facteur déterminant, dans la production du diverticule, n'existe donc pas. Aucun auteur n'a, jusqu'à présent, observé de sténose s'accompagnant de pseudo-diverticules au niveau du jéjunum-iléon.

THÉORIE MIXTE :

Actuellement, c'est la théorie mixte qui est la plus communément admise (BENSANAE et VASSELLE); l'on peut dire, avec MIALARET, que, dans chaque cas, les facteurs congénitaux et acquis s'associent.

Depuis les travaux de GRASER, on sait que l'émergence des veines vasculaires sur la muqueuse est souvent le siège de diverticule. Pour expliquer cette localisation, GRASER démontre que ces orifices vasculaires constituent autant de points faibles de la paroi intestinale. Normalement, le tronc veineux chemine à travers la musculuse entouré de tissu conjonctif lâche, souvent chargé de graisse. LATARJET a constaté que la veine décrivait un trajet en baïonnette à travers la paroi intestinale; disposition qui consolide bien la paroi. Qu'il existe une hypertension veineuse en cas de tension porto-cave, et ce trajet tendra à se redresser. Si la stase disparaît, le calibre de la veine se réduit, mais il existe un passage au travers duquel pourra se faire une hernie muqueuse (ROKITANSKY), créant ainsi le diverticule.

Pour d'autres auteurs (EICHORN), les points faibles n'auraient pas de localisation spéciale et relèveraient plutôt d'un processus général de dégénérescence de la fibre musculaire. Celle-ci serait dissociée par des éléments conjonctifs hyperplasiés. Les auteurs modernes et LOEPER, notamment, ont montré que ce processus de « leiasthénie » était à la base des ptoses, hernies, éven-trations.

Signalons aussi que les points faibles pourraient être constitués par des glandes de LIEBER-KHUN dilatées et sclérosées, ce qui se verrait assez normalement sur la muqueuse d'individus âgés (ZIELGHEN).

On conçoit que, sur ces points faibles, une augmentation de pression du contenu intestinal tant soit peu élevée fasse céder la paroi et ceci proportionnellement à son intensité. Par les points d'appels vasculaires ou glandulaires, ou bien sur des zones à musculature raréfiée se développeraient les poches diverticulaires.

CHAPITRE VI

SYMPTOMATOLOGIE ET FORMES CLINIQUES

Les diverticules du jéjuno-iléon peuvent être absolument latent et donner lieu à aucune symptomatologie clinique. Quand celle-ci existe, elle se présente sous les formes les plus diverses. Les manifestations cliniques éminemment très polymorphes connaissent d'ailleurs tous les degrés, depuis la sensation la plus légère jusqu'aux crises les plus douloureuses de caractère très variable. Néanmoins, dans l'extrême diversité des signes nous pouvons envisager plusieurs formes cliniques dont aucune, du reste, ne constitue une entité pathognomonique. Appartenant uniquement à cette lésion, nous distinguerons une forme latente, une forme avec symptômes. Dans cette dernière, nous grouperons les formes à symptomatologie gastrique, intestinale, et les troubles de l'état général.

FORME LATENTE :

Les diverticules s'établissent à bas bruits et sont complètement inconnus. Aucun symptôme ne révèle leur présence, très souvent ils sont cliniquement latent pendant toute la vie (CASE) et la plupart sont découverts

fortuitement au cours d'opérations ou d'autopsies (GERSTER). Entre autre exemple de diverticulose latente, rappelons le cas de BALFOUR (in thèse LEFEBVRE) : Au cours d'une opération de gastro-entérostomie pour ulcus duodénal, des diverticules furent trouvés sur le jéjunum et laissés en place sans traitement; le malade guérit parfaitement, ce qui prouve que les diverticules n'intervenaient pas dans la production des troubles pathologiques.

Ces faits, très nombreux, concernent des diverticules se vidant bien et ne donnant pas de rétention du chyme intestinal. Les parois diverticulaires ne présentent pas de lésions inflammatoires marquées.

FORMES AVEC SYMPTÔMES :

Nous nous trouvons, ici, en présence d'une multitude de manifestations cliniques. Très polymorphes, elles sont provoquées par des lésions de types très variables. Pour les unes (forme gastrique), il semble qu'on puisse invoquer des phénomènes réflexes à point de départ diverticulaire, comme on l'a admis pour les troubles provoqués par les diverticules duodénaux (BARIÉTY). Quant aux autres (forme intestinale), elles paraissent, dans la plupart des cas, être sous la dépendance de processus de diverticulite ou péri-diverticulite, troubles consécutifs à des évacuations défectueuses des poches diverticulaires.

FORME GASTRIQUE :

Nous avons individualisé deux types différents :

Forme à symptomatologie dyspeptique fruste. — Dans un premier cas, il s'agit surtout des symptômes post-prandiaux vagues avec douleur épigastrique ou abdominale le plus souvent diffuse (CASE).

En somme, signes dyspeptiques flous et le seul caractère essentiel est leur persistance (CASE).

La malade de HUNT et COOK (in thèse LEFEBVRE), souffrait depuis quinze mois d'une douleur vague survenant le matin peu de temps après le repas, douleur localisée à l'épigastre et à droite; la douleur était soulagée par la prise d'aliments, mais reparaisait bientôt après celle-ci; la malade ne présentait jamais ni nausées ni vomissements. La guérison fut obtenue par l'exérèse d'un segment du jéjunum sur lequel se trouvait un diverticule qui, histologiquement, du reste, ne présentait aucune lésion inflammatoire.

Forme avec dyspepsie hypo ou hypersthénique. — Dans une autre groupe de faits, ces symptômes se complètent et le malade présente le tableau de la dyspepsie hypo ou hypersthénique banale.

Nous retrouvons le syndrome hyposthénique dans la description de CASE, qui nous parle d'indigestion légère et prolongée s'accompagnant de nausées et vomissements. Pour GERSTER, les diverticules du jéjunum peuvent donner des symptômes de dyspepsie « flatulente » pendant des mois ou des années. Ces vues ont été également confirmées par EDWARDS.

Une observation de CASE à cet égard est très intéressante.

Le malade présentait, depuis dix mois de mauvaises digestions sous forme de gonflements et de distension pénible à l'épigastre après avoir mangé. Les malaises se calmaient au bout de quelque temps à la suite d'éruptions abondantes. Il n'avait ni douleur élective, ni nausées, ni vomissements, la guérison fut obtenue par la résection de 40 mm. de grêle diverticulé.

La dyspepsie à type hypersthénique se rencontrerait plus rarement. Cette forme dyspeptique à douleurs post-prandiales tardives été présentée par la malade dont nous rapportons l'observation (Observation II). Depuis un an et demi, elle éprouvait des crampes, brûlures épigastriques, deux à quatre heures après chaque repas. Ces phénomènes duraient huit à dix jours et les douleurs étaient variables en intensité, il existait des intervalles libres de trois à quatre mois.

Cliniquement, en somme, il était impossible de conclure entre dyspepsie et ulcus, le tableau présenté par cette malade était une dyspepsie pseudo-ulcéreuse. De tels faits doivent être interprétés en fonction des résultats fournis par l'examen radiologique et c'est le dernier uniquement qui, montrant un estomac et un duodénum normal avec un jéjunum diverticulé permet de faire le diagnostic de dyspepsie secondaire à diverticule.

FORMES INTESTINALES :

Les formes intestinales paraissent être davantage liées à des altérations inflammatoires des diverticules. On peut admettre ici une certaine concordance entre le type lésionnel et la modalité clinique.

Formes douloureuses sans gêne du transit. — Il peut s'agir de douleurs abdominales vagues et légères. C'est le cas de la malade de RÉGNIER. Elle présentait depuis sept mois des douleurs abdominales et des vomissements. L'examen radiologique révéla une diverticulose étendue du grêle et l'autopsie montra qu'il existait plus de cent diverticules vrais.

LAVISATTI rapporte l'observation d'une femme dont la seule symptomatologie était uniquement constituée

par des douleurs abdominales vagues; l'examen radiologique montra deux diverticules du jéjunum.

Ces vagues douleurs abdominales sont quelquefois remplacées par des épisodes douloureux plus aigus à type de colique. OSLER rapporte le cas d'un homme chez qui on découvrit à l'autopsie de multiples diverticules du jéjunum. Cet homme ressentait, depuis des années, après avoir mangé, des coliques et des gargouillements, mais il n'avait jamais été constipé.

Ces coliques peuvent être quelquefois considérées comme le prodrome de troubles plus graves.

L'observation publiée par CHRISTIE est démonstrative à ce sujet. La malade présentait depuis des années de la flatulence et de temps en temps, des coliques survenaient par crises de plus en plus fréquentes, mais elle n'était pas constipée. Brusquement, elle présenta une crise de sub-occlusion qui régressa avec le traitement médical; l'intervention qui eut lieu quatorze jours après montra qu'il s'agissait d'un diverticule abcédé et gangréné.

Enfin, signalons que, d'après CASE, il existerait souvent des ballonnements intestinaux intermittents, signe qui fait partie de la symptomatologie abdominale que nous venons d'étudier. Celle-ci, comme nous l'avons vu, revêt dans cette première phase, un aspect purement subjectif; il n'y a pas de signes fonctionnels, de gêne du transit par exemple, les malades souffrent du ventre et c'est le seul trouble dont ils se plaignent. Quelquefois, ces petits signes persistent, constituant ainsi les seules manifestations cliniques de la diverticulose; le plus souvent ils précèdent les troubles plus sérieux que nous allons analyser.

Formes avec troubles du transit. — D'abord apparaît la constipation. Elle peut alterner avec de la diarrhée (CASE). Elle est le plus souvent chronique; on note cependant des périodes où elle s'accroît. La constipation s'accompagne alors de distension abdominale plus ou moins marquée. Il peut s'agir quelquefois de véritables crises de sub-occlusion régressibles avec le traitement médical. En somme, ces signes traduisent l'apparition de phénomènes d'obstruction intestinale, et en dehors des manifestations aiguës considérées comme complications et que nous étudierons plus loin; ils constituent des modalités qui correspondent à l'installation progressive du syndrome occlusif, l'histoire de la malade de Mac KECHNIE est intéressante à cet égard. Nous retrouvons l'installation progressive de l'occlusion. Il s'agissait d'une femme qui avait de la constipation de plus en plus marquée, accompagnée de douleurs et de météorisme. Son état s'aggrava de vomissements rendus avec efforts et douleurs et d'une perte de l'appétit avec amaigrissement. Finalement, elle présenta un syndrome d'occlusion incomplète qui fut traité chirurgicalement.

Cependant, le début prodromique peut ne pas exister; d'emblée, surviennent des accidents à type subaigu qui, après avoir régressé médicalement cèdent la place à la symptomatologie abdominale plus fruste que nous avons décrit plus haut. LAMBRET et SURMONT rapportent le cas d'un malade qui, en 1915, présenta subitement des phénomènes de sub-occlusion qui régressèrent spontanément de 1915 à 1924, la malade présenta des crises de coliques avec distension abdominale sur un fond de constipation opiniâtre. La guérison fut obtenue par l'exérèse d'une partie du grêle portant des diverticules.

Nous retrouvons ce même début brutal dans l'histoire de la malade de GORDINIER et SAMPSON. La malade fut prise subitement d'une douleur abdominale para-ombilicale avec nausées et vomissements, météorisme net. Le traitement médical amena une sédation et il subsista un état d'obstruction incomplète qui, s'accroissant de plus en plus, nécessita un traitement chirurgical deux mois après l'apparition des premiers troubles. La résection, là aussi, du segment du grêle diverticulé amena la guérison.

Formes pseudo-appendiculaires. — A côté de ces manifestations abdominales à type occlusif, de beaucoup les plus habituelles de la diverticulose jéjuno-iléale, MIYAKE et ODA ont observé un cas de diverticulose de l'iléon qui simulait cliniquement une appendicite chronique. A l'intervention, on constata que l'appendice était normal. On se contenta de réséquer les diverticules. La guérison s'ensuivit.

TROUBLES DE L'ÉTAT GÉNÉRAL:

Coexistant avec ces troubles gastriques ou intestinaux, peuvent exister d'importantes altérations de l'état général: amaigrissement important signalé dans la plupart des observations, anorexie, débilité générale, teint grisâtre.

CASE a observé des crises biliaires qu'il interprète comme résultant de phénomènes d'auto-intoxication. Il est probable, en effet, qu'une participation vésiculaire plus ou moins marquée doit souvent exister parmi les autres troubles présentés par ces malades. Les résorptions toxi-microbiennes qui se font au niveau des diverticules enflammés pourraient être le point de départ de ce processus de cholécystite.

SYMPTÔMES ET FORMES RADIOLOGIQUES :

Tous ces éléments cliniques que nous avons essayé de préciser, ne peuvent pas être considérés comme caractéristiques de la diverticulose jéjuno-iléale. Aussi, il n'est pas possible de faire cliniquement le diagnostic, d'autre part les recherches de laboratoire ne nous apportent aucune lumière. Seule l'exploration radiologique permet de découvrir les diverticules. Mais encore est-il indispensable que la radiologie ait partie liée avec la clinique pour que les images soient interprétées d'une manière satisfaisante.

CASE, dans sa mise au point a caractérisé les images radiologiques des diverticules. Plus récemment, KOLHER et VORBRANS sont revenus sur cette question.

L'examen se fera après absorption opaque en position debout. Au préalable, le malade sera préparé par l'administration d'un purgatif léger et de petites doses de Belladone ou d'atropine pour relâcher les spasmes intestinaux éventuels.

Il sera préférable de recourir à la radiographie qui révèle ou précise les lésions que l'examen radioscopique laisse souvent échapper.

Après remplissage de l'intestin, les diverticules se dessinent sous forme d'ovoïdes présentant une surface liquide, avec du gaz en dessus et la substance opaque en dessous. Pour CASE, ces images sont absolument caractéristiques des diverticules.

Le malade étant couché, il n'existe pas de niveau opaque; les diverticules sont complètement imprégnés par la substance opaque et se dessinent, comme nous l'avons observé chez nos deux malades, sous formes détachées arrondies à contour net.

La substance opaque semble persister un certain nombre d'heures dans les recessus diverticulaires. Après leur évacuation il est préférable de pratiquer un nouvel examen radiologique sans préparation. On obtient sur le cliché une série d'images ovalaires correspondant aux parois diverticulaires encore imprégnées de sel opaque. Ces dernières images se superposent à celles prises antérieurement.

Le diagnostic ne comporte aucune difficulté quand on obtient sur le cliché ces images. Mais les diverticules peuvent ne pas se remplir, dans le cas, par exemple, où ils sont accolés par des adhérences contre la paroi intestinale, la baryte ne peut franchir un orifice de communication rétréci (cas LAMBRET et SURMONT). Ils peuvent être dissimulés par les anses grêles quoique bien remplis par le sel opaque et échapper ainsi à des examens avertis. Sur trois examens radiologiques pratiqués sur un même malade, un seul permit à VASSELLE de déceler l'existence d'un diverticule du jéjunum. Au cours des deux autres examens, le diverticule était masqué par les circonvolutions de l'intestin.

Enfin, les images fournies par les diverticules peuvent simuler d'autres lésions et LERICHE rapporte le résultat d'un examen radiologique qui avait fait croire à une biloculation gastrique avec grande niche de la petite courbure. Cette image était, en réalité, due à un diverticule volumineux situé après l'angle de Treitz et qu'on découvrit à l'opération.

Certaines images données par les sténoses de l'intestin grêle et en particulier celles qui portent sur l'iléon, doivent être distinguées des figures particulières de rétention fournies par les diverticules. Le diagnostic est, en général, assez facile. En cas d'obstruction du

grêle, on observe les images en tuyaux d'orgue, classiques. Elles sont produites par les anses intestinales élargies, et verticalement juxtaposées; elles présentent autant de niveaux différents qu'il y a de cavités, niveaux qu'on peut mobiliser dans le sens vertical suivant la position donnée au malade.

COMPLICATIONS :

Elles sont fréquentes et intéresseraient un quart des cas, d'après CASE. Elles s'observent dans deux conditions : ou bien les diverticules étaient absolument latents jusque-là, ou bien il existait déjà une symptomatologie liée à leur présence.

Occlusion et sub-occlusion intestinale. — Nous avons étudié parmi les formes cliniques, une forme intestinale à type occlusif. A côté de ces manifestations bénignes, que nous avons décrites, il se présente souvent des troubles graves nécessitant un traitement chirurgical, ou des manifestations subaiguës et régressibles sous l'influence d'un traitement médical.

Ces phénomènes occlusifs sont conditionnés par deux sortes de lésions : volvulus et adhérence. Dans les observations de DALIA-PALMA, ERKES, ROTHCHILD, GODARD, la première manifestation d'une diverticulose jéjuno-iléale jusque-là latente fut une occlusion aiguë nécessitant un traitement chirurgical. Cette occlusion était caractérisée par les signes habituels : arrêt absolu des matières et des gaz, météorisme généralisé, vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux, etc...

Les formes subaiguës régressant soit spontanément, soit sous l'influence d'un traitement médical, sont presque toujours précédées de manifestations abdominales et surtout de constipation. GERSTER insiste sur la valeur

de ces sigens prémonitoires qui traduiraient, d'après lui, la formation de coudures intestinales.

Complications inflammatoires. — Les complications inflammatoires semblent être plus rares. Il peut s'agir d'une péritonite aiguë par perforation du diverticule (GERSTER). Le malade de VASSILIU et ROTH fut opéré pour péritonite. On découvrit deux diverticules du grêle, l'un d'eux présentait des lésions de diverticulite tuberculeuse ayant entraîné la perforation de la paroi et la péritonite consécutive.

Quelquefois, la perforation du diverticule entraîne des péritonites enkystées ou des abcès sous-phréniques.

ERKES, BOCKER, découvrirent, à l'intervention, une péritonite enkystée formée autour d'un diverticule qui présentait de l'ulcération et de la nécrose de sa paroi. Enfin, signalons le curieux cas rapporté par PICQUANT et GRENET, qui trouvèrent, à l'autopsie de leur malade, un vaste abcès sous-phrénique de la péritonite, avec poche de pus enkystée et un diverticule de l'iléon perforé à sa partie moyenne par une arête de poisson.

Complications hémorragiques. — TENGWALL rapporte l'observation d'un cas de diverticulose jéjunale dont la seule manifestation clinique était représentée par des hémorragies intestinales entraînant une forte anémie. La disparition de ces hémorragies fut obtenue par la résection d'une portion du grêle mesurant 50 cm. Signalons que, pour cet auteur, les hémorragies intestinales seraient un signe important de diverticulose du grêle.

ASSOCIATION AVEC L'ULCERE GASTRIQUE OU DUODENAL

L'association ulcère et diverticules jéjunaux paraît relativement fréquente (KÖHLER). De nombreux auteurs l'ont signalée (VASSELLE, BALFLOUR, GRASSBERGER, TERRY, MUGLER). On sait de même que la coexistence ulcus et diverticule du duodénum a été souvent notée. Ce dernier fait semble être bien précisé actuellement et a donné lieu à de multiples travaux.

On s'est demandé notamment (GUTMANN), si certains facteurs (troubles du transit, duodénite provoquée par la stase diverticulaire), n'intervenaient pas dans la genèse de l'ulcus.

Ces mêmes conditions pathogéniques peuvent être réalisées par des diverticules jéjunaux et au niveau soit de l'estomac, soit du duodénum. Dans l'observation I, le malade présentait des signes radiologiques d'un ulcus du bulbe duodénal en plus des images nettes de diverticulose jéjunale. Cliniquement, il existait une symptomatologie d'ulcus typique. Ce malade présentait des douleurs gastriques évoluant par périodes pendant lesquelles il souffrait tous les jours. On notait une période douloureuse de trois mois en 1939, une autre de trois mois en 1940 et enfin six mois avant son examen, il souffrait chaque jour. Cette douleur était une brûlure vive débutant trois heures avant chaque repas et durant approximativement une heure. Dans l'histoire clinique de ce malade, on ne retrouve pas de signes qui évoquent l'existence d'autres lésions coexistant avec l'ulcus.

BALFLOUR, TERRY et MUGLER ont publié des observations concernant des malades présentant des diverticu-

les du duodénum et des ulcus gastriques, ces lésions étant vérifiées opératoirement. Dans ces deux cas, on retrouve la symptomatologie typique de l'ulcère sans participation diverticulaire.

Nous ne pouvons préciser davantage les manifestations cliniques produites par l'association ulcus et diverticule du jéjunum et de l'iléon. En effet, les observations rapportant ces cas ne font que signaler brièvement les signes ulcéreux; les faits que nous avons rappelés concernent, sans doute, des associations où les diverticules étaient cliniquement muets, comme cela se voit souvent.

CHAPITRE VII

TRAITEMENT

Nous envisagerons, du point de vue thérapeutique, deux types de diverticules, chaque type correspondant à une indication différente.

1° Les diverticules du jéjuno-iléon présentant une symptomatologie bénigne à type gastrique ou intestinal, sans troubles marqués du transit, seront justiciables d'un traitement médical (DALLA-PALMA). On prescrira une diététique basée sur la suppression des aliments entraînant de la putréfaction ou bien difficilement dissolubles et contenant trop de cellulose. On régularisera le fonctionnement intestinal par des purgatifs doux et non irritants. On pourra administrer enfin de l'atropine contre les spasmes intestinaux et des pansements bismuthés.

Par ailleurs, la diverticulose très étendue du grêle, qui est au-dessus des ressources de la chirurgie, pourra être traitée de cette façon.

2° Le traitement chirurgical s'impose ici. Il est indiqué pour tous les diverticules occasionnant des troubles sérieux (crises de sub-occlusion à répétition, hémorragies persistantes).

Relèvent également de ce traitement, les complications nécessitant d'urgence une intervention (diverticulite perforée, péritonite, occlusion aiguë par volvulus).

Les différentes interventions pratiquées contre les diverticules non compliqués sont l'excision de la poche, son inversion, l'exclusion de l'anse malade par antéro-anastomose ou sa résection simple.

Il est difficile de fixer les indications précises de ces différentes techniques. Il semble que ce soit la résection du segment du grêle présentant les diverticules qui constitue la méthode de choix (EDWARDS). Dans ce cas, on assurera la continuité de l'anse intestinale, par une anastomose termino-terminale. On pourra se contenter de pratiquer une anastomose entre le bout afférent et le bout efférent, si la résection est contre-indiquée par l'état précaire du malade ou par des adhérences trop étendues.

L'inversion et l'incision des poches diverticulaires conviennent aux diverticules peu nombreux et de petits volumes. Elles présentent l'inconvénient de compromettre la vitalité de la paroi intestinale.

Les complications diverticulaires ne nécessitent pas de technique spéciale, sauf pour la diverticulite aiguë où on se comportera comme dans une appendicite (suppression du foyer d'infection, assèchement du péritoine, drainage).

Dans les autres cas, elles peuvent obliger à pratiquer des interventions diverses et ce sera la sagacité du chirurgien qui fixera la technique qui convient.

CONCLUSION

Les diverticules du jéjuno-iléon sont constitués par des évaginations de la paroi intestinale. Les tuniques de la paroi présentent des lésions que les auteurs modernes ont étudiées sous le nom de leiasthénies, processus qui peut atteindre d'autres parois viscérales (estomac, vessie). Il est probable que la fréquence des diverticules de cette portion du grêle se révélera plus grande avec la pratique des examens radiologiques.

Cliniquement, les diverticules se manifestent par des formes très diverses, néanmoins, on peut distinguer une forme gastrique constituée par des signes dyspeptiques parfois très flous et une forme intestinale à type occlusif. La première revêt souvent le caractère d'une dyspepsie secondaire, la deuxième est en rapport étroit avec un processus inflammatoire à point de départ diverticulaire. Celle-ci précède souvent des complications aiguës à type d'obstruction intestinale souvent associé avec la symptomatologie diverticulaire. On observe souvent un tableau clinique d'ulcère. L'examen radiologique où l'intervention découvre, en effet, souvent, la coexistence de ces deux lésions. Il est probable qu'il s'agit d'ulcus de « stase ».

Enfin, quelquefois, on se trouve en présence d'accidents sérieux révélateurs d'un diverticule abcédé ou perforé, mais jusque là latent. Le diagnostic de la diver-

ticulose du jéjuno-iléon est fourni par l'examen radiologique, qui révèle des images nettes et absolument caractéristiques de cette malformation anatomique (taches opaques à niveau horizontal surmontées d'une bulle d'air). Il présentera parfois certaines difficultés dans le cas notamment où ces images simuleront d'autres lésions ou seront masquées sur les clichés par des anses intestinales.

Le traitement médical est indiqué dans les cas bénins et la résection de l'anse malade sera l'intervention de choix adoptée pour toutes les autres formes de diverticulose.

BIBLIOGRAPHIE

- BAASTRUP. — *Acta radiologica*, vol. III, fasc. 2 et 3, pp. 164-764, 1928.
- BECLERE. — *Congrès de Chirurgie*, 1913.
- CASE. — *J. Am. Med. Association*, 1920, LXXXV, 1463.
— Diverticule jéjuno-iléal. *Acta radiologica*, t. VI, pp. 230-241, 1926.
— J.-T. Battle, Crack, Michigan, 1926.
- DALLA-PALMA. — *Il Policlinico*, mai 1934, n° 20, 774-778.
- EDWARDS (C.-H.). — Diverticula of the duodenum and jejunum. *The Lancet*, janv. 27, 1934.
- GERSTER (J.-C.-A.). — Diverticule du jéjunum. *Annals of Surgery*, mai 1938.
- GISBERTZ. — Diverticules multiples de l'intestin grêle. *Archives Chirurg.*, mai 1931, pp. 314-322.
- GODARD. — Maladie diverticulaire du tractus intestinal. *Ann. d'Anat. path. et d'Anat. normale médico-chirurg.*, mai 1936.
- GRASER. — *Arch. Langenbeck. Band.*, 59, 1889, p. 638.
- GUTMANN. — Syndromes douloureux du creux épigastrique. Doin, édit., Paris, 3° édit., 1940.
- HUNT et COOK. — *Annals of Surgery*, LXXIV, 1921. édit., 1930, p. 532.
- KOHLER (A.). — *Röntgenologie*. Delachaux et Niestlé,
- LAVISATI. — Diverticule de la dernière anse du grêle. *Revista di Radiologia a Fisica medica*, décembre 1930.

- LERICHE. — Sept diverticules jéjunaux dont un très volumineux situé immédiatement après l'angle duodéno-jéjunal. *Bull. et Mém. de la Soc. nationale de Chirurgie*, n° 22, séance du 22 juin 1932, pp. 1044-1045.
- LAMBRET et SURMONT. — Un cas de diverticules multiples du jéjuno-iléon, in *Arch. des Mal. de l'Appareil digestif*, pp. 765, 1928. Citée in *Thèse Lefebvre*, Lille, 1925.
- LEMERLE D'AUBIGUE. — Diverticule acquis du grêle. *Encyclopédie médico-chirurgicale*, tome iv, Estomac-Intestin.
- LOEPER (M.). — La leiasthénie. *Nutrition*, 1933, n° 4.
- LATARJET et MURARD. — *Lyon chirurgical*, mai 1914.
- LEFEBVRE. — Des diverticules du jéjuno-iléon. *Thèse de Lille*, 1925.
- MAL KECHNIE. — *Annals of Surgery*, 1921, LXXIII, 135.
- MELLOU. — *Surg. Gyn. Obst.*, xxxiii, 1921.
- MIYAKE et ODA. — Importance clinique du diverticule de l'iléon en considérant particulièrement la pathologie du réseau nerveux intra-pleural. *Dtsch. Rtsch. f. Chir.*, 23 septembre 1938, v. 25, 1, pp. 111-119.
- RÉGNIER (E.). — Diverticules multiples de l'intestin grêle. *Fortschr. a. d. Grb. d. Roentg.*, décembre 1928, pp. 1101-1102.
- TENGWALL. — Un cas de diverticules multiples du jéjunum. *Acta Chirurgica Medica*, 22 mai 1931, t. LXVIII, pp. 162-171.
- VASSELLE. — Diverticule du jéjunum. Séance de la *Soc. de Gastro-Ent. de Paris* du 13 juin 1928, in *Arch. des Mal. de l'App. digestif*, p. 786, 1927.

ROTCCHILD (N.-S.). — *Americ. Surgery*, august. 1925.

VASSILIU et ROTH. — *Soc. Biolog. Paris*, 1921, LXXXV.

VORBRANS (M.-C.). — Du diagnostic de quelques affections peu fréquentes (diverticules duodéno-jéjunaux, mucocèles, cæco-appendiculaires). *J. Af. Med. Am. Assoc.*, 1930, L. xciv, n° 3, p. 165.

En ma qualité de Conseur de tour,
j'ai lu la Thèse ayant pour titre:

**Considérations sur les diverticules
du jéjuno-iléon
A propos de deux observations cliniques**

par Georges OLIVE

Je pense que la Faculté peut en permettre l'impression.

Le Professeur :
L. RIMBAUD.

Vu :
Montpellier, le 14 février 1945.

Le Doyen :
E. GIRAUD.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 16 février 1946.
Le Recteur p. i. :
MATHIAS.

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur; qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	9
CHAPITRE PREMIER. — <i>Historique</i>	13
CHAPITRE II. — <i>Observations</i>	17
CHAPITRE III. — <i>Etiologie</i>	25
CHAPITRE IV. — <i>Anatomie pathologique</i>	28
CHAPITRE V. — <i>Pathogénie</i>	33
CHAPITRE VI. — <i>Symptomatologie et formes cliniques</i>	38
CHAPITRE VII. — <i>Traitement</i>	51
CONCLUSIONS	53
BIBLIOGRAPHIE	55

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses. Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.

